

Helseøkonomiske analyser reiser problemstillinger knyttet til målemetodenes gyldighet, politisk maktoverføring og forståelsen av begrepet rettferdighet

Helseøkonomiens grunnutfordringer

Helsearbeidere, pasienter, politikere og folk flest er enige om følgende: Alvorlige sykdommer skal prioriteres foran mindre alvorlige sykdommer. Men hva betyr det at en sykdom er «alvorlig»? Adjektivet har et uklart meningsinnhold, slik Jan Abel Olsen redegjør for i dette nummer av Tidsskriftet (1). Sett med helseøkonomens briller kan en sykdoms alvorlighetsgrad operasjonaliseres på ulike måter, noe som i sin tur har praktiske konsekvenser: Hvis alvorlighet for eksempel knyttes til «helsejustert forventet levetid», innebærer det at unge pasienter systematisk vil ha forrang fremfor eldre dersom andre forhold er like.

Olsens artikkel bidrar derfor ikke bare til en begrepsavklaring, men synliggjør også generelle prinsipper i helseøkonomiske resonnerer rundt spørsmål om prioritering. Dette inviterer til kritisk refleksjon over helseøkonomiens grunnutfordringer, med utgangspunkt i stikkordene validitet, politikk og rettferdighet.

I helseøkonomien er prioriteringsdilemmaet tett knyttet til livskvalitet og beslektede størrelser som QALY (kvalitetsjusterte leveår). Men hvordan vet man at QALY er gyldig eller *valid* – at denne indeksen faktisk måler det man fortsetter? Intuisjonen tilsier det motsatte – at kvaliteten på livet ikke er målbart, i alle fall ikke på en endimensjonal skala fra 0 til 1, og at man ikke kan trekke slutninger om enkeltpasienter på bakgrunn av undersøkelser i en generell populasjon (QALY forutsetter begge deler) (2–4). Sagt på en annen måte: QALY har lav «face validity». Man skulle tro at de helseøkonomiske fagmiljøene ville svare på denne utfordringen ved å initiere vitenskapelige studier av indeksens innholdsvaliditet. Det finnes imidlertid bare et fåtall slike undersøkelser, og de som faktisk har vært gjennomført, indikerer at innholdsvaliditeten er dårlig: Det er for eksempel svak overenstemmelse mellom QALY og kvalitative funn (5), og beregningen av slike indekser er sterkt påvirket av kulturelle preferanser (6).

Til tross for dette: QALY (og liknende begreper) flourer i helseøkonomisk litteratur, og danner dermed et sentralt utgangspunkt for beslutninger om prioriteringer. Slike beslutninger er i sitt vesen normative. Hvorvidt unge blodtrykkspasienter skal behandles fremfor gamle kreftpasienter handler om verdivalg, og dermed om *politikk*. Mange helseøkonomer fastholder at deres analyser er deskriptive – de gir bare premissene, mens det er politikerne som må ta beslutningene. Man må likevel spørre: Skaper QALY et skinn av objektivitet slik at den normative dimensjonen forsvinner fra horisonten? Blir verdivalgene kamuflert som regnestykker? Og bidrar dette til en maktforskyvning fra politisk nivå til ekspertnivå, slik Makt- og demokratiutredningen beskrev (7)? I så fall foreligger også et demokratisk problem. For ekspertene er ikke på valg (8).

Enkelte helseøkonomer vedstår seg en politisk rolle, men argumenter for at denne rollen er nødvendig for at prioriteringsbeslutningene skal bli *rettferdige* (9). Dette aktualiserer enda en utfordring – for hva er egentlig rettferdighet? I helseøkonomien handler det gjerne om *fordeling av goder*, noe som samsvarer med en bestemt filosofisk oppfatning av rettferdighet, i vår tid ofte knyttet til den amerikanske filosofen John Rawls (10). Denne oppfatningen innebærer, enkelt sagt, at rettferdighet baserer seg på rent rasjonelle, kontekststuvhengige overveielser; spissformulert blir rettferdighet noe man kan regne seg frem til dersom man kjenner alle delene av

regnestykket. Men det finnes alternative filosofiske modeller. I dydsetikken er rettferdighet ikke et abstrakt prinsipp, men en egenskap ved personligheten – en *dyd*. Et illustrerende eksempel: Ved en masseulykke vil legen med de mest velutviklede dydene også oppnå det beste og mest rettferdige resultatet. Men dette skjer gjennom handlinger i den konkrete og unike situasjonen, ikke ved utregning av nytteindikatorer.

Med utgangspunkt i dydsetikken retter filosofen Michael Loughlin kraftig kritikk mot helseøkonomens kynisme. Det de bekymrer seg for, hevder Loughlin, er *fordelingen* av smerte og lidelse; det moralske spørsmålet blir hvorvidt fordelingen er usystematisk eller ikke (11). Lidelsen og smerten til enkeltpasienter blir dermed irrelevant; det er selvsagt beklagelig at noen ikke blir prioritert, men dette identifiseres ikke som det sentrale moralske problemet. Tilhengere av nærhetsetikken, et tredje filosofisk system, hevder på liknende måte at helseøkonomiske modeller underminerer essensen i omsorgen: «*Den andre* blir redusert til et nummer, og etikk blir til økonomi. Da er moral ikke lenger begrunnet utfra vår sårbare sensitivitet for *den andre*, men utfra en «flink», rasjonell rettferdighetstenkning. [...] dette er brutalitet» (12).

Disse kritiske refleksjonene betyr ikke at helseøkonomiske analyser er verdiløse. Men de må fortolkes i lys av målemetodenes utilstrekkelighet, de skal ikke tilsløre politiske valg, og de bør ikke monopolisere rettferdighetsbegrepet.

Vegard Bruun Wyller
brwylle@online.no

Vegard Bruun Wyller (f. 1972) er postdoktorstipendiat ved Kvinne- og barneklivnikken, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet og medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Olsen JA. Hva menes med «sykdommens alvorlighetsgrad»? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 64–7.
- Wyller TB. Bruk av livskvalitetsbegrepet i medisinsk forskning – til gagn eller ugagn? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 4247–51.
- Ventegodt S, Merrick J, Andersen NJ. Measurement of quality of life VI. Quality-adjusted life years (QALY) is an unfortunate use of the quality-of-life concept. *ScientificWorldJournal* 2003; 3: 1015–9.
- Dineen C. Finding the right way to ration. *Am J Bioeth* 2011; 11: 26–8.
- McGrath C, Rofail D, Gargon E et al. Using qualitative methods to inform the trade-off between content validity and consistency in utility assessment: the example of type 2 diabetes and Alzheimer's disease. *Health Qual Life Outcomes* 2010; 8: 23.
- Heijink R, van Baal P, Oppe M et al. Decomposing cross-country differences in quality adjusted life expectancy: the impact of value sets. *Popul Health Metr* 2011; 9: 17.
- Østerud Ø, Selle P. Power and democracy in Norway: The transformation of Norwegian politics. *Scand Polit Stud* 2006; 29: 25–46.
- Wyller VB. Gi legene hva legenes er. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 3797–9.
- Tauber AI. A philosophical approach to rationing. *Med J Aust* 2003; 178: 454–6.
- Rawls J. *A theory of justice*. Oxford: Oxford University Press, 1999.
- Loughlin M. *Ethics, management and mythology. Rational decision making for health service professionals*. Oxon: Radcliffe Medical Press, 2002: 157.
- Nortvedt P. Levinas, justice and health care. *Med Health Care Philos* 2003; 6: 25–34.